

自治体病院共済会
トータルサポート推進室 行
(FAX:03-3265-5868)

出前講座 申込書

申込日 月 日

支部病院名			
ご担当者 氏名	(フリガナ)	部署名	
		役職名	
	E-mail		
TEL		FAX	
講座希望 メニュー	第1希望	第2希望	
候補日時	第1希望	第2希望	
参加予定人数			
ZOOM ライセンスユーザ ーの有無	有 ・ 無		※ZOOMライセンスユーザーが無い場合は、弊社アカウント で対応可能です。
備考欄	その他ご要望等ございましたらご記入ください。		

■お申込み方法

- (1) 本申込書をご記入の上、下記メールまたはFAXにてお送りください。
- (2) お申込み後、弊社よりご連絡いたします。

問合せ先： (株)自治体病院共済会
トータルサポート推進室 駒井・寺田

TEL:03-3263-3397

FAX:03-3265-5868

E-mail : t-support@jichikyo.co.jp